VOL. 34 N.° 3

# ANAIS BRASILEIROS

DE

# DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

SETEMBRO DE 1959



PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

RIO DE JANEIRO BRASIL

Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia
Caixa postal 389 — Rio de Janeiro

VOL. 34 SETEMBRO DE 1959 N.º 3

# Blastomicose sul-americana com localização ganglionar isolada

Tancredo A. Furtado
Nereu de Almeida Junior
Josephino Aleixo

A blastmicose sul-americana ou micose de Lutz-Splendore-Almeida tem sido exaustivamente estudada em seus múltiplos aspectos — clínico, histopatológico, experimental e terapêutico — por grande número de especialistas e investigadores nacionais. Por outro lado, demandam ainda esclarecimento satisfatório certos tópicos de sua imunologia e de sua patogenia. Assim, no que se refere ao modo de infecção ou porta de entrada do agente causal — o *Paracoccidioides brasiliensis* — no organismo, há ainda pontos obscuros. O habitat primitivo e natural do fungo não foi ainda estabelecido de modo definitivo, pois não se obteve até agora cultivos positivos a partir do solo ou de vegetais (Lacaz, 1). A transmissão direta inter-humana ou de animais ao homem não foi ainda verificada. Entretanto, a incidência maior entre os habitantes das áreas rurais, bem como a observação clínica freqüente de formas iniciais com lesões da mucosa oro-laringo-faringéia e adenopatia satélite subseqüente, sugere significativamente o papel de fonte de contágio desempenhado pelos vegetais, estando já generalizada a explicação de que o hábito, por parte dos lavradores, de usar gravetos para palitar os dentes e o de mascar fôlhas facilitaria a penetração do fungo pela cavidade bucal. O início dentário e peridentário, com a formação de granulomas apicais habitados, foi verificado por Bogliolo (2) e posteriormente por Aleixo e Furtado (3).

A entrata pelas amidalas pode ocorrer sem determinar lesões aparentes, justificando a denominação de amidalite oculta para-

---

Trabalho apresentado em reunião de 3-2-58 da Sociedade Brasileira de Dermatologia (Seção de Minas Gerais).

T.A.F. — Docente-livre de Clínica Dermatológica da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais (Catedrático: Prof. O. Orsini) e Chefe da Clínica Dermatológica do Hospital Felício Rocho. À disposição do Centro de Pesquisas de Belo Horizonte do INER (Chefe: Dr. Roberto Milward de Andrade).

N.A.J. — Docente-livre de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais. Assistente de Serviço do Prof. O. Mello Campos.

J.A. — Docente-livre de Clínica Dermatológica da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais e Chefe da Enfermaria A. Aleixo da Santa Casa de Misericórdia.

coccidióidica (Nova, 4; Padilha Gonçalves, 5) ou, como em um caso descrito por Azulay (6), pode causar exulcerações com pontilhado hemorrágico.

Se a mucosa bucal é o ponto mais freqüente de ingresso do fungo no organismo, outras mucosas podem servir de porta de entrada: a mucosa nasal (Azulay, 7), a mucosa anal (Sodré e Cerruti, 8; Monteiro e Fialho, 9; Lacaz e Oliveira, 10) e a mucosa conjuntival (Mattos, 11). Há, ainda, casos, relatados na literatura, de formas abdominais aparentemente primitivas, que só poderiam ser explicadas através da penetração gástrica ou intestinal do parasito (Carini, 12; Haberfeld, 13; Silva e Campos, 14).

Embora seja conhecida a elevada incidência do acometimento dos pulmões na blastomicose sul-americana (Versiani, 15; Padilha Gonçalves e Bardy, 16; Fialho, 17; Furtado, 18), constituem extrema raridade as formas pulmonares primárias, que teriam como porta de entrada a via aérea. Temos conhecimento apenas de um caso de Jucá (19) e de outro, não publicado, de Cabral Motta (20).

A inoculação primária na pele parece ser extremamente rara e é difícil demonstrar-se de modo convincente. Ramos e Silva (21) relata 3 casos com localização cutânea primitiva: no primeiro caso, em que as lesões se assemelhavam ao sarcóide dérmico, e, no segundo, à sicose lupóide, ambos com localização na face, o diagnóstico foi retrospectivo e firmou-se após o reconhecimento das manifestações faringeanas e ganglionares típicas. O terceiro caso daquele autor se refere a uma lesão vegetante do abdome, lembrando a tuberculose verrucosa. São possìvelmente de inoculação cutânea primária os casos citados por Azulay (7), Rabello e cols. (22) e Bopp (23).

Estas considerações de ordem patogênica sôbre o mecanismo da porta de entrada justificam o relato de dois casos de forma ganglionar pura da micose de Lutz, que, além de muito rara, apresenta especial interêsse no diagnóstico diferencial com outros processos linfáticos capazes de simulá-las.

## OBSERVAÇÕES CLÍNICAS

1 — C.A.O., 19 anos, prêto, solteiro, lavrador, natural de Virginópolis e residente no mesmo local, foi internado na Enfermaria A. Aleixo (Serviço do Prof. J. Aleixo) em 2 de fevereiro de 1956.

*Antecedentes pessoais e familiares:* nada há digno de registro.

*História da moléstia atual:* há cêrca de 6 meses surgiram nódulos nas regiões anterior e lateral esquerda do pescoço, os quais aumentaram progressivamente de tamanho e acabaram por fistulizar-se. Logo em seguida numerosos outros nódulos apareceram no pescoço, nas axilas e nas regiões ínguino crurais.

*Exame dermatológico:* gânglios cervicais e submaxilares muito aumentados de volume, livres ou aderentes à pele supra-jacente, grupados para formar verdadeiros plastrões ou mais raramente isolados (fig. 1). O infartamento ganglionar, embora menos acentuado, atinge também os grupos das axilas e das regiões ínguino-crurais. À apalpação os gânglios se mostram duros e indolores. No pescoço vêem-se ainda reliquat cicatricial de duas lesões fistulosas antigas. Estomatite angular ("perlèche") e pequena cicatriz traumática do mento.

*Exame geral:* nada digno de nota.

*Exames complementares:* 1 — Exame micológico direto: positivo para *Paracoccidioides brasiliensis* (Dr. Tancredo A. Furtado);

2 — Cultura em meio de Sabouraud: *Paracoccidioides brasiliensis* (Dr. Tancredo A. Furtado);

3 — Exame histopatológico: "Inflamação granulomatosa com presença de células redondas com membrana de duplo contôrno. Diagnóstico: blastomicose"

(N. 14.626, Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da U.M.G. — Trancredo A. Furtado);

4 — Radiografia do tórax: normal;

5 — Reação de Mantoux seriada até 1/10: negativa (Dispensário de Tuberculose da Secretaria de Saúde e Assistência, Dr. Dolor Borges);

6 — Reação de Kahn: negativa;

7 — Hemograma: hemoglobina, 52% (8,99 g.); hemácias, 2.950.000 por mmc.; leucócitos totais, 15.500 por mmc.; neutrófilos em bastonete, 4%; neutrófilos segmentados, 60%; eosinófilos, 8%; linfócitos, 25%; monócitos, 3%; basófilos, 0%;

8 — Exame de urina: normal;

9 — Exame parasitológico de fezes: *Necator americanus, Trichocephalus trichiuris* e *Schistosoma mansoni;*

10 — Pesquisa de focos: a extração de dentes suspeitos e o exame das amídalas após amidalectomia não revelou a presença do *Paracoccidioides brasiliensis;*

*Tratamento e evolução*: submeteu-se à sulfamidoterapia (Gantrisin e Sulfadiazina), no período de 22-2-56 a 6-12-56, com apenas curtos intervalos de interrupção dos quimioterápicos, quando foram feitos o tratamento da parasitose intestinal e a administração de ferruginosos. Obteve-se a involução paulatina dos gânglios infartados no decurso da terapêutica, havendo regressão completa e cura clínica aparente por ocasião da alta.

2 — I.L., 23 anos, branca, solteira, doméstica, natural de Fonseca e residente em Santa Bárbara, foi internada no Hospital das Clínicas (Enfermaria do Prof. Oswaldo de Mello Campos), em 28-7-58.

*Antecedentes pessoais e familiares*: emagrecimento com a M.A., tem hábito de mastigar fôlhas de plantas silvestres. Pai falecido de "hidrofobia" (sic) Mãe viva, gozando de relativa saúde; 8 irmãos vivos e sadios.

*História da moléstia atual*: há mais ou menos um ano notou aparecimento de pequeno nódulo no pescoço, doloroso à apalpação forçada. Concomitantemente, passou a sentir-se enfraquecida e desanimada para o trabalho. Posteriormente, notou o aparecimento progressivo de vários outros nódulos no pescoço, e, de pouco tempo para cá, também nas regiões axilares. Atualmente, notam-se nódulos maiores no lado esquerdo da região cervical, dizendo a paciente terem se tornado dolorosos, o mesmo acontecendo com as axilas, observando-se, em alguns dêles, uma tendência à flutuação. Tem os dentes sempre inflamados (sic.)

*Exame geral*: cabeça: tonteiras freqüentes.

Ouvidos: audição diminuída à direita;

*A.D.*: apetite diminuído. Mastigação difícil por causa do mau estado dos dentes. Dores na garganta, à deglutição. Pêso pós-prandial, eructações. Constipação intestinal. Já eliminou parasitos nas fezes. Rajas de sangue nas fezes.

*A.G.U.*: menarca aos 15 anos. Catamênios subseqüentes regulares tipo 25/3.

*S.N.*: nervosismo, insônia, memória fraca e indisposição.

*Exame objetivo*: *ectoscopia*: estado de nutrição deficiente. Pele pálida. Mucosas descoradas. Nódulos de vários tamanhos nas regiões cervical, axilar, retro-auricular, sub-occipital e sub-maxilar, duros, aderentes à pele, alguns dolorosos, dificultando mesmo os movimentos da cabeça. Alguns em início de coliquação com a pele suprajacente de côr eritêmato-violácea (fig. 2).

*A.C.*: região precordial — ictus palpável no 5.° E.I.E. coberto por uma polpa digital. Bulhas hipofonéticas.

*Pulso*: fino, mole, rítmico, 110/min.

*A.D.*: vias digestivas superiores: inspeção prejudicada, pois a paciente não consegue abrir a bôca.

*Abdome*: na região inguinal nota-se a presença de gânglios palpáveis, duros e indolores. Na região umbelical, palpa-se um tumor de consistência dura, doloroso, com características de massa ganglionar.

*Fígado*: ligeiramente palpável.

*Baço*: não palpável.

*Exames complementares*: 1) urina (31-7-58): volume (24 hs.), 830 mL; densidade, 1.018; reação, ácida; côr, amarelo-avermelhado; aspecto, turvo; cheiro, sg.; depósito, +; Glicose, albumina, pig. biliares, sais biliares — negativo; pseudo-albumina, positivo. Cels. baixas vias: 20 p/L. Uretero-piélicas: raras; hemátias, 10 P/c; piócitos 1 p/c; urato amorfo, +; filamento de muco, +++; flora, lig. aumentada; Trichomona vaginalis, 5 p/L; cilindros granulosos, 30 p/L.

2) Fezes: exame parasitológico (1-8-58): larvas de *S. stercoralis*: 1 p/L;

3) Exame anátomo-patológico de gânglio cervical (4-8-58): doença de Lutz (Dep. de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina, Prof. L. Bogliolo).

4) Hemograma: hemoglobina, 47% = 7,5g %; hemátias, 3.124.000 p/mm3; leucócitos, 12.800 p/mm3; hemossedimentação, 30' = 97 mm; hematócrito, 30% (Wintrobe); neutrófilos metamielócitos, 1% = 128 p/mm3; neutrófilos bastonetes, 5% = 640 p/mm3; neutrófilos segmentados, 59% = 7.552 p/mm3; eosinófilos 6% = 768 p/mm3; basófilos, 0%; linfócitos, 29% = 3.662 p/mm3; monócitos, 0%, *OBS.*: erit. policromático 1, Cel. atípicas 4, Cel. de Turk 1. Os neutrófilos apresentam granulações tóxicas. Presença de linfócitos atípicos. Anisocitose, poiquilocitose, hipocromia e anisocromia; 7-8-58 — hemátias; 3.320.000 p/mm3, plaquetas: 293.656 p/mm3; 7-8-58 — hemoglobina 8,8g%, global de leucócitos: 9.200 p/mm3.

5) Uréia: 50 mg%;

6) Prot. totais, 8,2g%; albumina, 2,0g%; globulinas, 6,2g%; relação A/G, 1/3;

7) Timol turvação, 6 unidades; timol floculação, positivo (++); globulinas gama 2,6g%;

8) Reação de Kahn: fracamente positiva.

9) Hemograma (16/8): hemoglobina, 9,8g% = 61,54%; hemátias, 3.440.000 p/mm3; hematócrito, 33% (Wintrobe); leucócitos, 9.050 p/mm3; neutrófilos bastonetes, 0%; neut. segmentados, 34% = 3.077 p/mm3; eosinófilos, 2% = 181 p/mm3; basófilos, 0%; monócitos, 18% = 1.629 p/mm3; linfócitos, 56% = 4.155 p/mm3; hemossedimentação, 30' = 64mm — 60' = 116mm — 90 = 120mm — 120' = 122mm; I.W.K. = 88,5;

10) Ziehl-Neelsen: negativo;

11) Cultura e exame direto: positivo para *Paracoccidioides brasiliensis* (Tancredo A. Furtado);

12) Protrombina, 100% (Quick); plasma normal, 12 segundos; plasma examinado, 12 segundos; 26/8 — protrombina, 55% (Quick); plasma normal, 12 segundos; plasma examinado, 14 ½ segundos;

13) 8/9 — proteínas totais, 6,4g%; albumina, 2,9g%; globulina, 3,5g%; relação A/G, 1/1,3;

14) Urina (16/9); volume, 3.650 cc; densidade, 1.10.011; cheiro, sg.; côr, amarelo turvo; aspecto, liq. turvo; reação: neutra; depósito, ausente; glicose, negativo; albumina, positivo (0,5mm); pig. biliares, negativos sais biliares, negativo; cel. vias inferiores, 52 pc; cel. vias superiores, 2 p/c; fosfato amorfo, ++; piócitos, raros; *T. vaginalis*, 4 p/c; cilindros hialinos, 4 p/L; cilindros granulosos, 3 p/L; flora microbiana, aumentada.

15) — Punção-biópsia de fígado em 26-12-58 (Nereu A. Júnior) — exames histopatológico: discretíssimos infiltrados linfocitários nos espaços porto-biliares. Negativa a pesquisa de fungos (L. Bogliolo).

*Tratamento e evolução*: a paciente submeteu-se ao tratamento pelo Amphotericin B (novo antibiótico derivado do *Streptomyces sp.*), sem experimentar melhoras. Pelo contrário, obteve-se completa regressão do infartamento ganglionar após a administração de sulfadiazina, no período de 15-10-58 a 3-1-59 (fig. 3). Foram feitas, paralelamente, transfusões de sangue total perfazendo 1.800 cc.

## COMENTÁRIOS

Nos dois casos relatados não foram observadas lesões da mucosa buco-laringo-faringéia, que usualmente precedem o acometimento ganglionar. Igualmente não havia alterações dentárias e peri-dentárias ou processo amigdaliano aparente. Entretanto, só é possível uma explicação etiopatogênica para o acesso do fungo aos gânglios linfáticos, através destas vias de entrada por mecanismo exógeno, não sendo mesmo improvável que houvesse um parasitismo sem lesão. Isto porque não foi ainda demonstrada embora não pareça improvável a existência de uma fonte de infecção endógena na blastomicose sul-americana como soe acontecer em outras micoses, tais como a actinomicose, a moniliase e possivelmente a

Fig. 3 — Observação 2: após a sulfamidoterapia

Fig. 1 — Observação 1: infartamento ganglionar simulando a doença de Hodgkin.

Fig. 2 — Observação 2: Infartamento ganglionar escrofulodermiforme.

criptococose. Deve ser lembrado que, na actinomicose por *Actinomyces bovis*, durante muito tempo só se admitia a infecção exógena, até que mais tarde ficou evidenciada a aquisição endógena.

Além désse aspecto, de grande importância para o conhecimento da patogenia da infecção, nossas observações oferecem um interêsse especial nas dificuldades que poderiam trazer ao diagnóstico, pela possibilidade de confusão com outros processos, dada a ausência de lesões mucosas iniciais ou de lesões de disseminação hematogênica, quer cutâneas, quer viscerais. Assim, no caso de Azulay (24), que havia sido anteriormente diagnosticado como tuberculose e moléstia de Hodgkin em serviços de Clínica Médica, foi a existência de uma pequena lesão túbero-crostosa na região nasolabial direita e de uma lesão erosiva mínima, com pontilhado hemorrágico, na gengiva, que possibilitou ao dermatologista comprovar que se tratava de uma infecção blastomicótica. Assim sendo, é justo que se assinale poderem as formas ganglionares isoladas simular as seguintes entidades mórbidas: tuberculose, doença de Hodgkin, linfo-sarcoma, mononucleose infecciosa e leucemia linfóide sendo bem mais difícil a sua confusão com as adenopatias satélites das infecções localizadas, com as adenopatias generalizadas do estado timo-linfático e com aquelas secundárias dos cânceres nas suas diversas localizações.

Tendo-se em vista, pois, os fatos ainda há pouco invocados, faz-se mister darmos aqui algumas características clínicas e laboratoriais de cada uma das doenças enumeradas, a fim de ficarmos de posse dos elementos necessários para sua perfeita identificação.

a) *Na tuberculose*: o tamanho por vêzes considerável dos gânglios, a localização nas regiões cervical, axilar e inguinal, a sua caseificação com formação de abcessos frios, os trajetos fistulosos, a clássica pele escrofulosa, a reação de Mantoux, a bacterioscopia e a cultura da secreção emanada dos gânglios amolecidos, a biópsia e o exame histopatológico dos mesmos, são elementos preciosos e dignos de tôda a consideração ao se procurar estabelecer o diagnóstico final da adenopatia em estudo.

b) *Na doença de Hodgkin*: a localização variável e mesmo múltipla da adenopatia, a sua consistência dura, o caráter indolor, a ausência de alterações de natureza inflamatória ou supurativa, primitivas, a presença de anemia e de um certo grau de comprometimento do estado geral, aliados ao exame histopatológico do material da punção do gânglio ou, mais seguramente, do próprio gânglio biopsiado, oferecem-nos quase sempre a solução definitiva para o problema.

c) *No linfo-sarcoma* ou em outra modalidade qualquer de câncer primitivo dos gânglios, as localizações múltiplas, a invasão precose e freqüente do mediastino ou do mesentério, a presença não rara de exsudatos hemorrágicos e a evolução relativamente rápida da enfermidade, têm também na biópsia e no exame histopatológico de um dos gânglios um meio auxiliar decisivo para se chegar ao diagnóstico.

d) *Na mononucleose infecciosa*: o caráter agudo e ao mesmo tempo efêmero da infecção, tendo como ponto de partida as vias aéreas superiores, o seu aspecto epidêmico, a natureza limitada do processo infeccioso, o aumento exagerado dos monócitos e a redução dos polimorfonucleares no sangue periférico, descobertos pela leucocimetria e, com maior segurança, as provas de aglutina-

ção do sôro do doente com hemátias de carneiro, decidem favoràvelmente o diagnóstico para essa eventualidade.

e) *Na linfadenose crônica*: a presença de gânglios em cadeia, móveis, indolores, moles, sem tendência à supuração, juntamente com o comprometimento do estado geral do paciente, presença de anemia progressiva, de leucocitose (raramente ausente) e de uma atipia característica dos elementos da série linfóide, na maioria das vêzes já nos forneceram o sêlo da doença, não obstante algumas vêzes tenhamos de completá-los com o mielograma ou com o exame histopatológico de uma das massas ganglionares suspeitas.


## SUMÁRIO

Os autores descrevem dois casos de blastomicose sul-americana com localização ganglionar isolada. Não havia lesões da mucosa buco-laringo-faringéia, alterações dentárias e peri-dentárias ou infecção amigdaliana, que usualmente precedem o acometimento ganglionar, para explicar a penetração do fungo causador no organismo, por mecanismo exógeno. Restaria, então, admitir-se um parasitismo sem lesão ou uma fonte de infecão endógena. Esta última hipótese não foi ainda demonstrada na blastomicose sul-americana. Além dêsse aspecto, de grande importância para o conhecimento da patogenia da micose, a forma ganglionar pura oferece ainda um interêsse particular nas dificuldades que pode trazer ao diagnóstico diferencial com outras afecções linfáticas, tais como a tuberculose (escrofuloderma), a doença de Hodgkin, o linfo-sarcoma, a mononucleose infecciosa e a leucemia linfoide.



## SUMMARY

The authors describe two cases of South American blastomycosis with pure lymph nodes enlargement. There were no oral, larynx and pharynx mucosal lesions, dental or peridental changes or tonsils infection, which usually precede lymphatic involvment, to explain the portal of entry of the causative fungus in the body by an exagenous mechanism. The only explanations left are either a form of parasitism without lesion or an endogenous source of infection. This latter hypothesis has not yet been proved in South American blastomycosis.

The pure lymphatic type of the mycosis offers a special interest for the differential diagnosis with other diseases affecting the lymph nodes, such as tuberculosis (scrofuloderma), Hodgkin's disease, lymphosarcoma, infectious mononucleosis and lymphoid leukemia.


## CITAÇÕES


1 — Lacaz, C.S.: Manual de Micologia Médica, 2.ª Ed., São Paulo, Tipografia Irmãos Dupont, 1956.

2 — Bogliolo, L.: Granuloma apical (dentário) por "Paracoccidioides brasiliensis" (Splendore) Almeida 1929, Brasil-méd., 60:341,1946.

3 — Aleixo, J., e Furtado, T.A.: Micose de Lutz de início dentário (relato de cinco casos), Brasil-méd., 62:265,1948.

4 — Nova, R.: Formas oto-rino-laringológicas das blastomicoses. Primeiro Congresso Sul-Americano de Oto-Rino-Laringologia, Buenos-Aires, 1950, p. 21.

5 — Padilha Gonçalves, A.: citado por Azulay (referência 24).

6 — Azulay, R.D.: Amigdalitis paracoccidióidica. Arch. Argent. Dermat., 3:1,1953.

7 — Azulay, R.D.: Contribuição ao estudo da micose de Lutz. Tese, Rio de Janeiro, Gráfica Olímpia, 1950, págs. 39, 57 e 105.

8 — Sodré, L.A., e Cerruti, H.: Retite blastomicósica. Bol. Soc. med.-cir., São Paulo, 14:167,1930.

9 — Monteiro, A., e Fialho, A.: Blastomicose perineo-ano-retal. Hospital, Rio de Janeiro, 17:931,1940.

10 — Lacaz, C.S., e Oliveira, E.: Blastomicose ano-retal, Hospital, Rio de Janeiro, 33:845,1948.

11 — Mattos, B.: citado por Azulay, (referência 7).

12 — Carini, A.: Un cas de blastomycoses peritoneale à *Coccidoides iimitis*. Bull. Soc. Path. Exot., 8:712,1915.

13 — Harbefeld, W.: Blastomicose de localização abdominal e um caso desta moléstia combinado com disenteria amebiana, Arch. brasil. med., 3:107,1913.

14 — Silva, N.N., e Campos, E.C.: A blastomicose de Lutz no Rio Grande do Sul. Arq. Dep. Est. Saúde, Rio Grande do Sul, 6:81,1945.

15 — Versiani, O.: Blastomicose, Rev. brasil. biol., 5:37,1945.

16 — Padilha Gonçalves, A., e Bardy, C.: Aspectos clínicos e radiológicos da blastomicose brasileira pulmonar. Hospital, Rio de Janeiro, 30: 1.021, 1946.

17 — Fialho, A.S.: Localizações pulmonares da blastomicose brasileira, Bol. Acad. Nac. Med., Rio de Janeiro, 115:35,1944.

18 — Furtado, T.A.: Comprometimento pulmonar na blastomicose sul-americana. Rev. Ass. Med. Minas Gerais, 3:49,1952.

19 — Jucá, W.: Forma pulmonar da doença de Lutz no Ceará, Med. Cir. Farm., 174:470,1950.

20 — Cabral Motta, O.: Comunicação pessoal a um dos autores (T.A.F.).

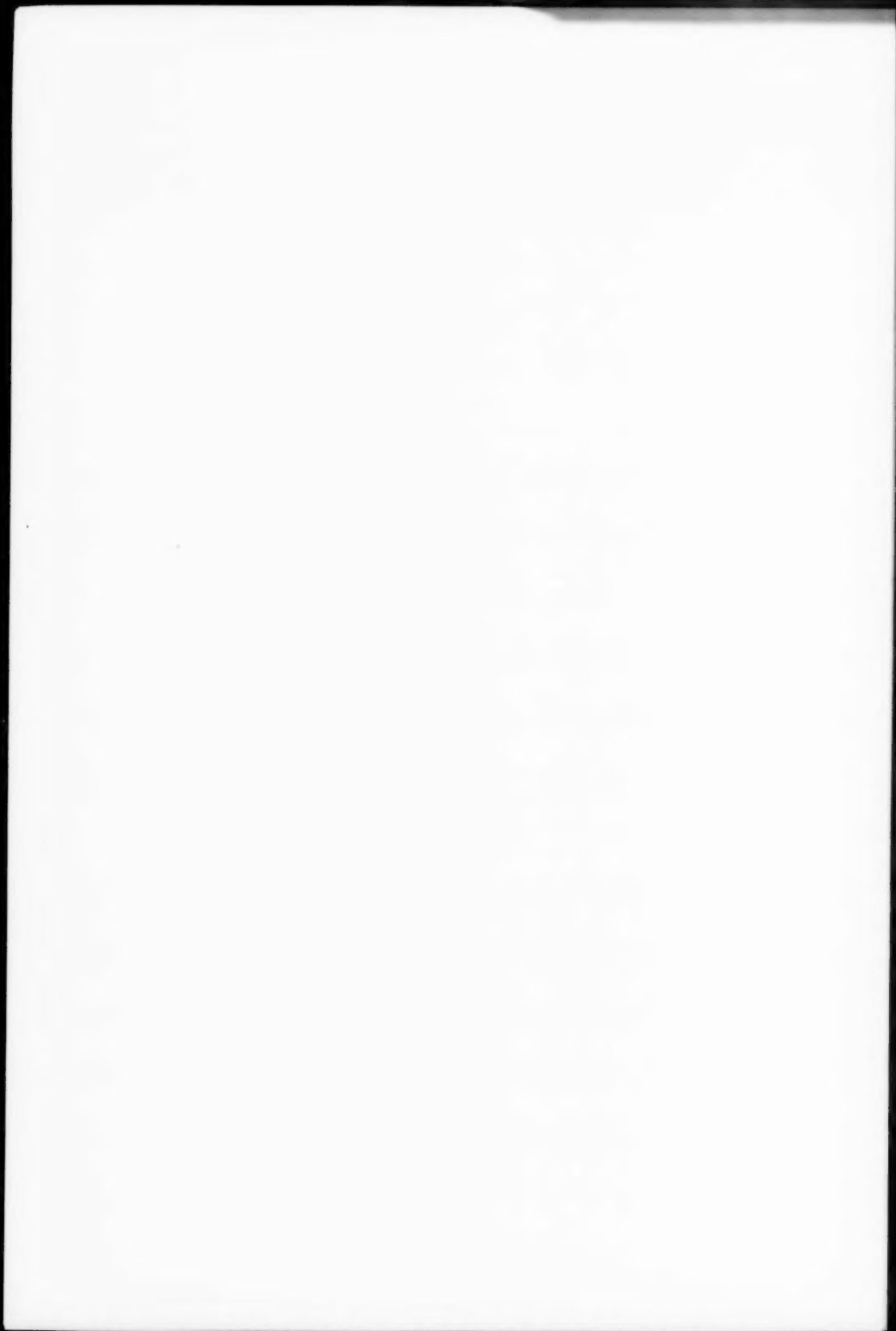
21 — Ramos e Silva, J.: Sôbre a forma puramente cutânea de início da blastomicose brasileira. Hospital, Rio de Janeiro, 22:737,1942.

22 — Rabello, F.E., Portugal, H., Antunes, A.G., e Rocha, G.L.: A micose de Lutz. Seus caracteres biológicos e clínicos. II Reunião Anual dos Dermato-Sifilógrafos Brasileiros, Belo Horizonte, 1943, p. 81.

23 — Bopp, C.: Algumas considerações sôbre a micose de Lutz no Rio Grande do Sul. Anais Fac. Med. Pôrto Alegre 15:98,1955.

24 — Azulay, R.D., Feldman, J., e Azulay, J.D.: Caso de Micose de Lutz (blastomicose sul-americana) de localização ganglionar. Hospital, Rio de Janeiro, 48:45 1955.

---

Endereço dos autores: rua Tupinambás, 360 (Belo Horizonte)

# Um caso de sarna norueguesa

Argemiro Rodrigues de Souza
Nelson Proença

A sarna norueguesa, ou sarna crostosa, descrita pela primeira vez em 1848, na Noruega, por Danielssen e Boeck (1), tem sido esporadicamente registrada em quasi todos os países do mundo.

Em nosso meio, Londero (2) conseguiu computar 78 casos, em recente revisão bibliográfica (1958). Dêstes, 50 pertecem a Sylvio Campos e foram publicados fora do nosso país. Os restantes 28 estão registrados em 18 trabalhos. Entretanto, a casuística nacional é certamente maior, pois sòmente Orsini e Neves (3) têm mais 5 casos pessoais não incluídos naquela revisão. Em nosso Clínica Dermatológica esta é a segunda observação, sendo a primeira de Ribeiro e Soares (4), em 1950.

Tratando-se de afecção rara, mesmo nos mais concorridos Serviços de Dermatologia, seu diagnóstico é difícil, e com muita freqüência os seus portadores são considerados como casos de psoríase, pitiríase rubra pilar, micose fungóide, etc.

Como em todo quadro raro, o diagnóstico aqui só é feito quando se pensa na moléstia. Por êsse motivo é que nos animamos a registrar nosso caso, de recente observação.

O paciente, do sexo masculino, de côr prêta, com 50 anos de idade, operário da construção civil, procurou o Ambulatório de Dermatologia do Hospital das Clínicas em 24 de julho de 1959. O exame objetivo mostrava: segmento cefálico respeitado, com exceção dos pavilhões auriculares, que se apresentavam crostosos. No tronco, notavam-se lesões escamocrostosas, mais acentuadas ao nível do abdome e das regiões mamilo-areolares, estando estas hipertróficas. As axilas, regiões inguinais, as faces de extensão dos cotovelos e antebraços, os dorsos das mãos e dos dedos, as faces anteriores dos joelhos, tornozelos e pés, todos apresentavam aspecto essencialmente escamo-crostoso. O pênis exibia lesão acrômica, escamosa. Destacava-se também uma ceratose folicular disseminada, e numerosas pústulas foliculares. As regiões palmares estavam indenes, porém os cavos plantares se mostravam afetados. Notavam-

---

Trabalho da Clínica Dermatológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Serviço do Professor João de Aguiar Pupo. Apresentado na Associação Paulista de Medicina, Secção de Dermatologia, em 11 de setembro de 1959.
Recebido para publicação em setembro de 1959.

se ainda escoriações e fissuras, em número moderado. Foram encontrados numerosos gânglios inguinais e axilares. O estado geral de nutrição era bastante precário, estando presente edema +++ de pernas. O interrogatório do paciente nos permitiu verificar que seu quadro datava de um ano, tendo se iniciado ao nível das dobras articulares. O prurido não passou de moderado durante todo o curso da moléstia. Releva notar que era um alcoólatra crônico.

Um de nós (A.R.S.), logo ao primeiro contacto com o doente, teve sua atenção despertada para o caráter crostoso e ceratósico da dermatose, daí ter pensado na possibilidade de tratar-se de sarna crostosa. Colhido material para exame direto, foi positivada a presença de "Sarcoptes scabiei" em tôdas as suas fases evolutivas. Para avaliar o estado de carência e o comprometimento hepático possível, realizaram-se alguns exame subsidiários:

Hemograma: Eritrócitos, 2 900 00; Leucócitos, 17 800; Hemoglobina, 9 g/100 ml., V/G 0.9; Bastonetes, 10%; Segmentados, 46%; Eosinófilos, 9%; Basófilos, 1%; Linfócitos, 23%; Monócitos, 10%; Plasmócitos, 1%; Anisocitose +; Policromasia +; Macrocitose +; Linfocitos atípicos +.

Proteínas totais e frações: Proteínas totais, 7.4 g/100 ml.; Soroalbuminna, 3.5 g/100 ml; Soroglobulina, 3.9 g/100 ml; Relação A/G 0,9.

Provas de função hepática: Hanger +; Turvação do Timol, 6.1 unidades MacLagan; Floculação do timol, negativa.

Urina: Densidade, 1.017; Albumina, 0.6 g/1; Substâncias redutoras negativas: Sedimento com raras células epiteliais de descamação, 5 leucócitos por campo isolados e degenerados, 60 hemácias por campo, 4 cilindros hialinos em toda a lâmina.

Parasitológico de fezes, negativo.

Foi instituída terapêutica antiescabiótica, com a fórmula de Kissmeyer (benzoato de benzila, álcool a 90° e sabão mole de côco, em partes iguais), durante três dias; a seguir, foi, provocada a descamação com agentes ceratolíticos. Após 3 semanas de internação, o paciente teve alta, aparentemente curado. Será agora acompanhado em Ambulatório, para verificar se haverá recidiva, ocorrência comum nesta dermatose.

## *CONSIDERAÇÕES*

Os autores em geral estão acordes em considerar que as sarnas vulgar e norueguesa reconhecem um único agente etiológico, — o "Sarcoptes scabiei". Realmente, já têm sido observadas epidemias de sarna vulgar a partir de um caso de sarna crostosa; inversamente, um portador de sarna vulgar pode contaminar outro indivíduo, e êste apresentar uma forma crostosa. Das várias hipóteses formuladas para justificar o aparecimento desta forma excepcional de sarna crostosa (norueguesa), as mais exploradas têm sido as seguintes:

A ocorrência em leprosos (5), em débeis mentais (6), em desnutridos, sugeriu a vários autores a idéia de que êste tipo de sarna se desenvolva em pacientes cuja sensibilidade cutânea esteja diminuida ou abolida. Vale ressaltar que em nosso doente a sensibilidade estava acentuadamente diminuída, por se tratar de al-

coólatra inveterado, pluricarencial, o que concordaria com o fato de não sentir quasi nenhum prurido — quando internado, longe do álcool e com boa dieta, houve sugestiva mudança da sensação pruriginosa, que passou a ser intensa, e desde então o paciente se coçava apaixonadamente. Não obstante, têm sido encontrados numerosos casos de sarna norueguesa em que a sensibilidade está perfeitamente conservada. Assim sendo, o fator "anestesia" seria, quando muito, mero coadjuvante.

Alterações no metabolismo da vitamina A têm sido estudadas nestes pacientes; ainda recentemente, Burks e Rodney (7) dosaram caroteno e vitamina A, no sôro de dois pacientes com sarna norueguesa, notando valores normais para o primeiro e diminuídos para o segundo. Entretanto, um terceiro portador, apenas referido mas não descrito no trabalho, teve essas mesmas dosagens normais. Aliás, a tendência dos autores americanos, que são os que mais têm estudado êste aspecto, é considerar insuficientes para conclusões os dados até agora coletados.

Finalmente, não tem faltado quem proponha a existência de uma sensibilidade especial, individual, decorrente de terreno, sôbre o qual atuaria o "Sarcoptes scabiei", determinando uma sarna norueguesa ao invés da forma vulgar.

RESUMO

Os autores registraram um caso de sarna norueguesa (crostosa) observado no Serviço de Dermatologia do Hospital das Clínicas de São Paulo, e teceram algumas considerações sôbre os possíveis fatôres que determinariam o aparecimento desta forma rara da parasitose.

SUMMARY

A case of Norwegian scabies is reported. The pathogenesis of this condition is discussed. The case was cured in a few days with benzyl benzoate (Kissmeyer metod).

CITAÇÕES

1 — Danielssen, D.C., e Boeck, W. — Traité de la Spédalskhed ou éléphantiasis des Grecs. Paris, J.B. Baillière, 1848, p. 232.

2 — Londero, A.T. — A sarna crostosa no Brasil — revisão. Med. Cir. Farm., 261:21 (jan.), 1958.

3 — Orsini, O., e Neves, A. — Ocorrências dermatológicas em internados da Colônia Santa Izabel (Minas Gerais, Brasil) sob seu aspecto clínico e epidemiológico. II Conferência Panamericana de Lepra, Rio de Janeiro, outubro de 1946, p. 257.

4 — Ribeiro, D.O. e Soares, J.A. — Considerações sôbre a sarna crostosa e pequena epidemia conseqüente. An. brasil. de dermat. e sif., 25:145 (set.), 1950.

5 — Floch, H. — La lépre favorise-t-elle l'apparition de la gale norvégienne? Bul. Soc. Path. Ex., 48:796, 1955.

6 — A George, W.M. — Norwegian scabies. A.M.A. Arch. Dermat., 78:320(set.) 1958.

7 — Burks, J.W. Jr., Jung, R., e George, W.M. — Norwegian scabies. A.M.A. Arch. Dermat., 74:131(ag.),1956.

---

Endereço dos autores:
av. Brigadeiro Luiz Antônio, 388 - 7.º - ap. 75 - (São Paulo)

FIG. 1 — A fotografia mostra bem o aspecto crostoso das lesões, a ceratose difusa, a lesão peniana e a hipertrofia mamilar

FIG. 2 — Note-se o aspecto crostoso dos dorsos das mãos, escamação do pênis, e a ceratose folicular das coxas

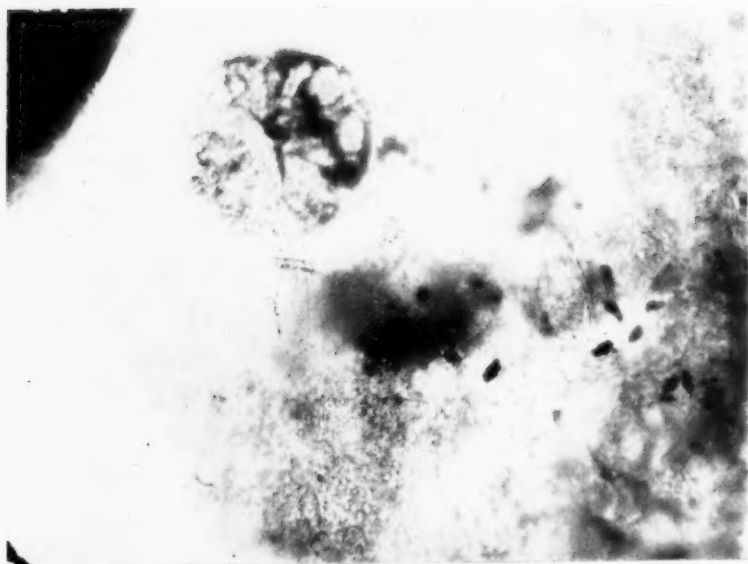



Fig. 3 — O exame direto revelou grande riqueza do parasita nas lesões, em tôdas as suas formas evolutivas.

# Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia

## Sessão de 29 de outubro de 1958

O Sr. Presidente submete à apreciação do plenário as propostas, para sócios correspondentes, dos Profs. Arje Dostrovsky e Felix Sagher. Foram aprovadas. Consulta o plenário sôbre a conveniência de suprimir a palavra "sifilografia" do título da Sociedade.

O Prof. F. E. Rabello declara que, em 1944, quando saiu o relatório sôbre a penicilina, tratou-se, na Faculdade de Medicina, de reforma do currículo, na qual se propôs a supressão do estudo da sífilis. Naquela época, foi de parecer contrário, achando que se deveria continuar a ministrar os ensinamentos sôbre a sífilis, na cadeira de Dermatologia. Embora a sífilis, ainda hoje, constitua problema em certas regiões do Brasil, já não é tão importante. Sendo assim, está agora de acôrdo com a supressão pretendida, mesmo porque considera que na Sociedade já não se trata de sifilografia; quando muito, apenas de um pouco de sifilologia.

O Dr. Jarbas A. Pôrto, embora se declare não conservador, é de parecer que ao dermatologista sempre coube a tarefa de cuidar da sífilis. Diz que nos Estados Unidos da América a palavra desapareceu dos "Archives", subsistindo, porém, no título da Academia. Acha que, mesmo tendo deixado de constituir problema grave, a sífilis está criando novo problema, resultante dos casos mal tratados, que dão origem à sífilis inaparente.

O Prof. H. Portugal concorda inteiramente com a opinião do Dr. Jarbas A. Pôrto. É conservador e opina por que se proceda com prudência. Não vê grande vantagem na modificação do título.

O Prof. F. E. Rabello acha que, desde que mais de uma voz pediu prudência, seria mais interessante não pôr em discussão a modificação em aprêço.

O Dr. Carlos Alonso propõe que se faça plebiscito.

O Dr. Edson A. de Almeida é de opinião que não se pode agir como os norte-americanos, pois o problema, aqui, é diferente. Acha que não deve ser modificado o título da Sociedade.

O Sr. Presidente declara ser, há muito tempo, favorável à supressão. Uma vez, porém, que alguns são favoráveis ao adiamento, porá em votação, separadamente, as propostas do Prof. Rabello e do Dr. Carlos Alonso. Posta em votação a proposta do Prof. Rabello, foi a mesma aprovada.

O Dr. Jarbas A. Pôrto apresenta restrição à proposta do Dr. Carlos Alonso sob o fundamento de que, sendo a maioria dos sócios não dermatologistas e, portanto, alheios ao problema, não se justifica a consulta individual.

O Dr. Carlos Alonso solicita a retirada de sua proposta.

O Sr. Presidente é de opinião que deve ser mantida a proposta do Dr. Carlos Alonso e informa ao Dr. Jarbas A. Pôrto que os não dermatologistas, pertencentes à Sociedade, constituem minoria.

O Dr. Glyne L. Rocha é de parecer que ninguém vai responder à consulta e que não se vai deixar de estudar sífilis, simplesmente pelo fato de se tirar a denominação do título. Conclui achando tratar-se de problema de ser, ou não, tradicionalista.

O Dr. Wilson Abreu considera que, talvez, o critério mais correto seja o de se considerar abstenção de voto para aquêles que não responderem.
O Sr. Presidente resolve adiar a votação para a reunião seguinte.

ORDEM DO DIA:

ICTIOSE VULGAR (FORMA XERODÉRMICA) — DR. E. DROLHE DA COSTA

COMENTÁRIOS:

*Dr. Glyne Rocha* — É contrário ao diagnóstico. Acha que existem particularidades que não se enquadram na ictiose, como sejam: ataque às dobras, colorido e tessitura reticulada e antecedentes familiares de obesidade. Por tudo isso, sugere o diagnóstico de acanthosis nigricans juvenil.
*Dr. Jacob D. Azulay* — Concorda com o Dr. Glyne e sugere o diagnóstico de hiperqueratose ictiosiforme.
*Dr. Jarbas A. Pôrto* — Sob o ponto de vista morfológico, não encontra manifestações que justifiquem o diagnóstico. O aspecto pode enquadrar-se em várias dermatoses: pitiríase rubra, linfoma, etc. A histopatologia decidirá.
*Dr. F. E. Rabello* — Considera não ser fácil a classificação: êste é o segundo caso de ictiose com invasão das dobras. É de parecer que se trata de ictiose, embora considere estranha a invasão das dobras. Julga, também, que o achado de queratose folicular não contraria o diagnóstico.
*Dr. Jacob D. Azulay* — Indaga se não seria o caso de admissão da hipótese de se tratar de prurigo de Bessner, apesar de não haver prurido.
*Prof. H. Portugal* — Declara não se recordar bem da lâmina, mas não concorda com o diagnóstico de ictiose, preferindo o de hiperqueratose ictiosiforme congênita.

LÍQUEN COM LIQUENIFICAÇÃO HIPERTRÓFICA — PROF. H. PORTUGAL e DR. E. DROLHE DA COSTA

COMENTÁRIOS:

*Dr. Edson A. de Almeida* — Pergunta se a estrutura apresenta os dois aspectos, pois é dos que consideram diferentes as duas entidades.
*Dr. Glyne L. Rocha* — Acha que o Dr. Edson A. de Almeida realça um ponto importante. Recomenda a leitura do artigo de Pautrier na "Nouvelle Pratique", sôbre o assunto. No caso da liquenificação gigante, apresenta uma fotografia exatamente igual a êste caso, sem mencionar o líquen plano. Posteriormente, referindo-se ao líquen córneo hipertrófico, declara, então, que o mesmo pode associar-se ao líquen plano ou apresentar-se puro.
*Dr. Jarbas A. Pôrto* — Considera o processo simples: o líquen desenvolve-se em um indivíduo, o prurido produz a liquenificação, a qual poderá ser mínima ou gigante.
*Dr. Edson A. de Almeida* — Informa ter estudado êsses casos e manter a opinião de que não há ponto de contacto algum entre o líquen plano e o córneo hipertrófico.
*Prof. F. E. Rabello* — Recomenda que se observe, nesse trabalho citado, lâmina onde existe hibridismo de líquen plano e de líquen córneo.
*Prof. H. Portugal* — Chama a atenção para o fato de ser típica a estrutura do líquen plano e de estar presente no caso em aprêço, além da liquenificação. Considera o líquen córneo de estrutura definida, embora indistingüível, clinicamente.

MASTOCITOMA CUTÂNEO (PLACA ÚNICA) — PROF. H. PORTUGAL e DR. PAULO CASTRO BARBOSA

Criança, com três meses de idade, apresenta tumor no dorso da mão direita, evoluindo desde o nascimento. Observou-se, inicialmente, formação bolhosa, com halo eritematoso, a qual, ao se romper, deixava superfície erosada. Notou-se, no decorrer dos dias, processo infiltrativo na região, com aparecimento da lesão atual. A formação de bôlha tem sido observada, freqüentemente, como

conseqüência do menor traumatismo. O tumor apresentou-se com aspectos diferentes, aumentando e diminuindo a sua infiltração e o colorido. O exame histopatológico confirmou o diagnóstico.

COMENTÁRIOS:

*Dr. Jarbas A. Pôrto* — Felicita o Prof. H. Portugal pelo diagnóstico, o qual só poderia ser mesmo histológico. Pergunta se houve pesquisa, com referência aos ossos e às vísceras.

*Prof. H. Portugal* — Agradece ao Dr. Jarbas A. Pôrto e esclarece que a orientação partiu do aspecto clínico.

*Dr. Paulo Castro Barbosa* — Acha que, no caso, não se encontraria nada afetando as vísceras, pois, segundo Degos, essas manifestações nunca foram vistas nos casos de lesão única.

CASO PRÓ-DIAGNOSE — DR. ANTÔNIO M. POSSE FILHO

Trata-se de paciente brasileira, parda, de 55 anos de idade, doméstica, gozando, aparentemente, de boa saúde. Informa que há, pelo menos, 20 anos, notou aparecimento de hipercromia na parte superior do dorso; há 10 anos, nas regiões deltoidianas, e, há 5, nos antebraços. Estas lesões se acentuaram progressivamente. Refere a inexistência de prurido nas lesões. Observou intensificação da melanodermia antes dos períodos menstruais, melhorando em seguida. Após a menopausa, as lesões têm-se mantido com a mesma tonalidade. Desde os 15 anos que toma, habitualmente, analgésicos e barbitúricos, devido a reumatismo articular e insuficiência mitral, com aortite (sic). Na história pregressa não há outros antecedentes mórbidos que se possam ligar à melanodermia. Procedendo-se ao exame, verificou-se, na região interescapular e propagando-se às regiões supra-espinhosas, a existência de mancha hipercrômica, difusa, constituída de elementos micromaculosos, enegrecidos na periferia e de limites imprecisos; na face externa dos braços e póstero-externa dos antebraços, o mesmo tipo de lesão. Nota-se, em algumas áreas, a tendência à disposição moniliforme das lesões micropapulosas. Nos dois têrços inferiores das pernas, há hipercromia difusa, acastanhada, com ilhotas hipocrômicas e com áreas de descamação ictiosiforme. A face apresenta hipercromia, em máscara, do tipo cloasma. Não há referência a prurido, nem existência de surtos agudos, com infiltração das lesões. Ausência de sintomas subjetivos.

Foram realizadas duas biópsias: uma da lesão do braço e outra da região dorsal. O exame histopatológico da lesão do braço demonstrou: migração do pigmento epidérmico para o córion em conseqüência de coliquação da basal. Ausência de lesões inflamatórias. Aspecto muito comum na erupção fixa (Prof. H. Portugal). No exame histopatológico da região dorsal, observou-se: queratose difusa e folicular; atrofia do corpo mucoso de Malpighi, com desaparecimento dos cones interpapilares; camada basal com aumento do número de células claras de Masson e hiperpigmentação, que se estende às células do corpo mucoso de Malpighi; infiltrado linfo-histiocitário discreto, com melanóforos, no corpo papilar, em tôrno dos vasos.

Foram apresentadas as considerações diagnósticas: amiloidose cutânea maculosa; melanose dorsal de Arguelles, Arias e Pessano; farmacodermia e melanose de Riehl-Habermann-Hoffmann.

COMENTÁRIOS:

*Prof. F. E. Rabello* — Considerando que essas condições ocorrem em senhoras com disfunção hepática, sugere que se procedam às respectivas provas, procurando, assim, encontrar-se terapêutica em caso onde, na realidade, não há diagnóstico.

*Dr. Glyne L. Rocha* — Pensou, observando as lesões da nuca, que se tratasse de dermatose do tipo Hoffmann-Habermann, causada pelo uso de óleos para cabelo. Considerando, porém, a circunstância de existirem lesões nos membros, sugere o diagnóstico de melanose de Riehl-Civatte.

*Dr. Cesar A. Chiaffitelli* — Chama a atenção para a atrofia pontuada que se pode observar nas regiões dorsal e deltoidiana.

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR LUPÓIDE — DR. E. DROLHE DA COSTA

AMILOIDOSE CUTÂNEA (FORMA MACULOSA) — DR. JARBAS A. PORTO

Trata-se de paciente do sexo feminino, branca, brasileira, de 49 anos de idade, solteira. Sempre teve boa saúde. Nos últimos meses, porém, vem se queixando de "fogachos", de tonteiras, de "bôlo" no estômago, de insônia, de nervosismo e de perturbações no ciclo menstrual. O exame clínico geral mostrou moderada hipertensão arterial (150x80). O colecistograma acusou imagens sugestivas de cálculos, radiotransparentes, na luz do colecisto. A anamnese revelou que, há 20 anos, a paciente começou a notar o aparecimento de manchas "escuras" (sic) nos braços, nos antebraços e, posteriormente, no dorso e nas pernas. Com o decorrer dos anos, essas manchas aumentaram de tamanho e apareceram, também, manchas acrômicas sôbre as áreas hipercrômicas. Nega a existência de prurido, em qualquer fase de evolução. Nunca se tratou e, agora, está preocupada porque as manchas estão muito escuras. O exame dermatológico evidenciou: existência de extensa mancha hipercrômica, contínua e uniforme, de côr pardo-acastanhada, enegrecida em algumas áreas, de aspecto liso e brilhante. Os limites perdem-se na péle aparentemente sadia, salpicada de manchas lenticulares, e apresentando algumas estrias, de poucos centímetros de comprimento, acrômicas e planas. Não há o menor indício clínico de infiltração, nem evidência de prurido. Esta mancha, com exceção das mãos e dos dedos, envolvia todo o membro superior, simètricamente, sendo mais pigmentada na face externa do braço e póstero-externa do antebraço, continuando pelo ombro até a região infraclavicular. Posteriormente, atingia a região escapular, confluindo na região lombar. As faces laterais e posterior do pescoço achavam-se comprometidas pela mesma pigmentação, em continuidade com a mancha do ombro. Ao longo da região da tíbia e propagando-se ao têrço inferior de ambas as pernas, observa-se o mesmo tipo de melanose, com aspecto liso e brilhante, produzindo efeito ictiosiforme. Pés e artelhos normais. Foram realizadas três biópsias, tendo como finalidade o provável diagnóstico de amiloidose cutânea, forma maculosa do antebraço, do dorso e da perna. Resultado do exame histopatológico: amiloidose cutânea, para as três peças. A prova de Benhold, empregando solução aqüosa de vermelho Congo a 1:1 000, demonstrou retenção de 16% do corante. A prova de Nomland, empregando solução aqüosa de vermelho Congo a 1:1 000, foi negativa no fim de 7 dias. Todos os demais exames apresentaram resultados dentro dos limites da normalidade.

AMILOIDOSE CUTÂNEA FAMILIAR — DRS. JARBAS A. PÔRTO e ANTÔNIO M. POSSE FILHO

Além da comunicação de Isaak (L. Isaak: Localized amyloidosis cutis associated with psoriasis in Siblings. Arch. dermat. & syph., 61:859(maio),1950), desconhecemos outra que mencione caso de amiloidose cutânea familiar. Entre nossas observações, contamos com várias informações de pacientes, portadores desta forma de amiloidose, sôbre a existência de casos semelhantes, em pessoas da família. Em virtude de várias dificuldades, só conseguimos comprovar a veracidade destas informações nos dois casos que hoje apresentamos. É nosso desejo pesquisar, mais ativamente, a existência de forma familiar desta dermatose. A apresentação de hoje refere-se a dois irmãos adultos, um do sexo masculino e outro do feminino, respectivamente, com 23 e 21 anos de idade. Ambos referem história de prurido e de erupção papulosa, desde crianças, com lesões típicas de amiloidose cutânea papulosa liquenificada, localizadas nos membros superiores e nos inferiores; de liquenificação difusa no tronco e discreta na face e no couro cabeludo, na paciente, e menos pronunciada em áreas do tronco, no outro doente. O quadro clínico é dos mais sugestivos sob o ponto de vista morfológico. O diagnóstico foi confirmado pelo exame histopatológico, o qual demonstrou a existência de depósito de substância amilóide apenas no corpo papilar, superposta por quadro de liquenificação. A prova de Nomland, com emprêgo de solução aqüosa de vermelho Congo a 1:1 000, foi negativa, porém positivou-se ao ser empregada a contração de 1:100, obtendo-se coloração avermelhada das pápulas e da pele entre estas,

nos primeiros dias. A coloração das pápulas permaneceu por tempo maior, em um dos casos, e foi negativa para o outro, nas concentrações mencionadas.

COMENTÁRIOS (sôbre os dois casos de amiloidose):

*Dr. A. Padilha Gonçalves* — Elogia as fotografias feitas pelo Dr. Narciso Haddad Neto.

*Prof. F. E. Rabello* — Aconselha ao Dr. Jarbas A. Pôrto a leitura do seu trabalho sôbre genodermatoses, realizado em Pôrto Alegre. Recomenda não esquecer, na sua investigação, os antecedentes alérgicos. Sôbre a relação de depósito amilóide e prurido, considera que não é o depósito que causa a comichão, caso em que esta se verificaria nas grandes amiloidoses viscerotrópicas. A comichão acaba por afogar a pápula, resultando apenas liquenificação.

*Dr. Jacob D. Azulay* — Recorda um caso do Dr. Sylvio Fraga, idêntico a êste, no qual não havia prurido.

*Prof. H. Portugal* — Refere já ter visto caso de amiloidose generalizada, sem prurido.

*Dr. O. Serra* — Declara ter aprendido, com o Prof. Rabello, que as amiloidoses podem ser classificadas em pruriens e não pruriens. Indaga qual a explicação para o fato de que há casos em que o depósito, ao nível da pele, não ocasiona prurido, enquanto em outros, sòmente no caso de manifestar-se o prurido, haverá depósito.

*Dr. Jarbas A. Pôrto* — Agradece os comentários e informa que persiste na idéia de que a lesão é iniciada por mácula. Esclarece nunca ter visto caso em que houvesse pápula independente de prurido. Não tem a menor idéia de mecanismo etiopatogênico. Promete voltar ao assunto.

## SÍNDROME DE KAPOSI — JULIUS BERG (ERUPÇÃO VARICELIFORME DE KAPOSI) — DR. MÁRIO RUTOWITSCH

O autor apresenta caso bastante raro, em menina de três meses de idade, que, há 30 dias, vem sendo tratada de dermatite atópica na face. Há 5 dias apresentou febre alta de 39.5° e 40.1° C. No dia seguinte, procurou o Serviço de Pediatria do H.S.E., onde lhe receitaram anti-infecciosos. Na noite dêsse mesmo dia, começaram a surgir na fronte, nas regiões malares e mentoneana, e nos braços, não só nas zonas afetadas pela dermatite atópica, como também na pele sã, lesões vesiculosas e vesico-pustulosas, arredondadas, de 1 a 2 cm. de diâmetro, umas tensas e outras apresentando umbelicação central. Nas regiões malares, observam-se duas grandes placas vermelho-vivo, como se tôda a camada epitelial tivesse sido removida. O caso reveste-se de interêsse especial, pois todos os casos compulsados pelo autor se processavam em crianças, acima de 5 meses de idade. Supõe que a afecção, em adultos, deva ser muito rara, só tendo encontrado um caso de Streittmann, em indivíduo de 62 anos (!), caso êste rotulado como piodermite vaciniforme. Atribui a patogenia da afecção a três teorias: a microbiana, a vacinal e a herpética, parecendo que, após os trabalhos de Esser, em 1941, a última deva ser levada em consideração. Duperrat, em 1952, cita, em interessante estudo sôbre a erupção variceliforme de Kaposi, trabalhos da escola bordalesa de Le Coulant e Sourreil, mencionados na tese de Gerard Mathieu de 1951, sôbre o aparecimento desta afecção em lactentes eczematosos, nos quais o bacilo diftérico foi encontrado no líquido das vesículas e, também, sôbre as mucosas clìnicamente intactas.

Êste doente apareceu, há dois dias, no Serviço de Dermatologia do H.S.E. e foi trazido à reunião para que todos pudessem examiná-lo, uma vez que o autor não sabe se já foi apresentado algum caso entre nós. Informa ainda, que foi afastada a possibilidade de contágio com virus de varicela, hérpes simples, zona, varíola e difteria.

COMENTÁRIOS:

*Dr. Edson A. de Almeida* — Felicita o Dr. Mário Rutowitsch. Não encontra justificativa para a designação de síndrome. Trata-se de complicação da dermatite atópica, devendo ser considerada como epifenômeno desta.

*Dr. Cesar A. Chiaffitelli* — Concorda com o Dr. Edson A. de Almeida.

*Dr. Jarbas A. Pôrto* — É de opinião que não se trata de epifenômeno de dermatite atópica e esclarece já ter visto vários casos semelhantes, sem dermatite atópica.

## PERIFOLLICULITIS CAPITIS ABSCENDENTS ET SUFFODIENS POR T. TONSURANS — DR. JARBAS A. PÔRTO

Paciente do sexo feminino, branca, brasileira, de 14 anos de idade, compareceu à consulta no dia 15-10-58, narrando a seguinte história: há 4 anos sofreu de "caspa" (sic), a qual desapareceu com tratamento tópico, depois de 2 anos. Há mais ou menos 4 meses, começou a sentir prurido no couro cabeludo, seguindo-se o aparecimento de "tumores" (sic) e perda de cabelos. Os tumores evoluem para supuração, após tempo variável de evolução. Usou, nos últimos 2 meses, antibióticos e corticoesteróides por via tópica e "per os". Radioterapia localizada, há 3 meses.

O exame dermatológico revelou: na região occipital, principalmente, e em outras áreas do couro cabeludo, numerosas lesões, do tipo de abcessos, com superfície deglabrada, eritematosa ou eritêmato-violácea, duros ou com amolecimento central e pele adelgaçada. Estas lesões são isoladas ou confluentes, intercomunicantes. São observadas áreas com lesões de foliculite agminada, em pequenos focos e outras numulares, cicatriciais, atróficas, desprovidas de pêlos. Iniciou-se um abcesso, do qual foi colhido material purulento e grumoso e, posteriormente, semeado em meio de Sabouraud. Foram obtidas, como resultado, culturas de tricophyton tonsurans.

COMENTÁRIOS:

*Prof. H. Portugal* — Acha que êste caso confirma as pesquisas realizadas por J. Ramos e Silva e Valdemir Miranda. É de opinião que, atualmente, há 2 tipos de perifoliculite abscendens et suffodiens: o tipo de Hoffmann e o de Ramos e Silva.

*Dr. A. Padilha Gonçalves* — Realça como é caro êste assunto a todos que trabalham com o Prof. J. Ramos e Silva. Declara que os seus casos foram provocados por microsporum, T. tonsurans e mentagrofton.

*Dr. Jarbas A. Pôrto* — Agradece.

## CORTISONA E URTICÁRIA — DRS. M. RUTOWITSCH e ANTÔNIO M. POSSE FILHO

Referem-se os autores ao ACTH e à cortisona, aos seus usos e abusos e à ação paradoxal da hidrocortisona em um de seus pacientes. Informam já terem visto citações de choques anafiláticos e urticária provocados por injeções intramusculares de ACTH; com a cortisona, porém, é a primeira vez que observam tal resultado. Internaram um doente com processo de eczematização crônica nos membros inferiores e superiores, e como êste não apresentasse melhoras com a medicação usual (dissensibilizantes, antialérgicos, etc.), resolveram empregar a hidrocortisona. O processo de eczematização entrou em rápida regressão. O paciente começou a queixar-se de prurido generalizado, acompanhado de placas urticarianas. Não tendo sido relacionado um fato com o outro, logo que o doente melhorou foi suspensa a medicação, dando em resultado o recrudescimento das antigas lesões. Novamente prescrita a hidrocortisona, novamente surgiu o surto urticariano. Pensaram, desta vez, na possível ligação entre hidrocortisona e urticária. Suspenderam a medicação, a fim de procederem a nova verificação. É interessante assinalar que o processo eczematoso apresentava, sempre, melhoras com a hidrocortisona, tornando a agravar-se com a sua supressão. Pela terceira vez foi administrada hidrocortisona e, mais uma vez, surgiu o surto urticariano, com melhora das lesões eczematosas, deixando evidente que a urticária era de causa medicamentosa. O paciente permaneceu mais algum tempo internado, tendo obtido algumas melhoras. Teve alta para o Ambulatório, onde se encontra em tratamento.

# Bibliografia Dermatológica Brasileira

Intradermo-reações com antígeno de culturas de leishmânia brasiliense submetidas à ação ultra-som: resultados obtidos. Marcelo O.A. Corrêa e Vicente Amato Neto. Rev. Inst. Adolfo Lutz, 17:39,1957.

Verrucose generalizada com monstruosa hiperceratose. Vinício de Arruda Zamith. Arq. Hosp. Santa Casa de S. Paulo, 3:129(jun.),1957.

Introdução ao estudo das dermatoses profissionais. Prof. José Benedito de Moraes Leme. Anais paulistas de med. e cir., 76:355(dez.),1958.

B.C.G. action upon the evolutive rate of the disease shown by the golden hamster (criscetus auratus) experimentally infected with mycobacterium leprae murium. W. A. Hadler e L. M. Ziti. Rev. brasil. de leprol., 26:11(jan.-mar.),1958.

Relação entre a dose de m. leprae murium experimentalmente inoculada e a sobrevivência de ratos tratados e não tratados pela 4-4' diamino-difenilsulfona. W. A. Hadler e L. M. Ziti. Rev. brasil. de leprol., 26:19(jan.-mar.),1958.

Pesquisas de casos de lepra em Assunção. A.A. de Gonzalés D. Meza G. Santilian, J.R. Ramos e A.E. Alvarenga. Rev. brasil. de leprol, 26:27(jan.-mar.),1958.

Modo de ação da di-hidro-estreptomicina e do 4-4' diamonidifenilsulfona na lepra murina. W. A. Hadler e L. M. Ziti. Rev. brasil. de leprol, 26:33(jan.-mar.),1958.

Comportamento do teste lepromínico em cobaios beceqeizados por via oral. R.D. Azulay e R.G. Neves. Rev. brasil. de leprol., 26:103(abr.-jun.),1958.

O emprêgo da d-cycloserina no tratamento da lepra. Estevam de Almeida Neto e José Pareja Rovelles. Rev. brasil. de leprol., 26:61(abr.-jun.),1958.

Ação da hialuronidase testicular sôbre a evolução da lepra murina. W. A.

Simpósio sôbre "Fundamentos para utilização do B.C.G. na profilaxia da
Hadler e L.M. Ziti. Rev. brasil. de leprol., 26:107(abr.-jun.),1958.
lepra". Rev. brasil. de leprol., 25:223(out.-dez.),1957.

Evolução radiológica dos enxertos ósseos nas deformidades do dorso do nariz. Roberto Farina, Juvêncio V. Dias e Oswaldo Castro. Hospital, Rio de Janeiro, 53:781(jun.),1958.

Tratamento da sífilis. Aron D. Jarlicht. Hospital, Rio de Janeiro, 53:825(jun.),1958.

Contribucion al estudio de las lesiones hipodermicas del lupus eritematoso. Newton A. Guimarães. Hospital, Rio de Janeiro, 53:347(mar.),1959.

Ensaios terapêuticos na leishmaniose tegumentar americana. Tancredo A. Furtado, Zigman Brener e Geraldo Batista. Hospital, Rio de Janeiro, 55:421(mar.),1959.

Pustulose subcórnea de Sneddon-Wilkinson. Hospital, Rio de Janeiro, 55:491(abr.),1959.

Poliarterite nodosa. Costa Couto, E. Mac-Clure, Norma Rodrigues e C. Lemos. Hospital, Rio de Janeiro, 55:503(abr.),1959.

Ensaios terapêuticos na Leishmaniose tegumentar americana. Tancredo A. Furtado, Zigman Brener e Geraldo Batista. Hospital, Rio de Janeiro, 55:567(abr.),1959.

---

Nesta lista bibliográfica são incluídos os trabalhos sôbre dermato-sifilografia e assuntos correlatos, elaborados no país ou fora dêle, porém publicados nos periódicos nacionais por nós recebidos.

# Análises

ENSAIOS TERAPÊUTICOS NA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA. TANCREDO A. FURTADO, SIGMAN BRENER e GERALDO BATISTA. *Hospital*, Rio de Janeiro, 55:189(fev.),1959.

Cinco doentes de leishmaniose tegumentar americana (um de forma cutânea e quatro da forma mista, cutâneo-mucosa) foram tratados com o gluconato de sódio e antimônio (Triostib).
Observou-se regressão completa das lesões em quatro casos e parcial em um doente da forma cutâneo-mucosa, com a administração de 12 a 24 injeções endovenosas de 225 mgs. da droga. Aos quatro doentes da forma mista havia sido anteriormente administrada a terapêutica antimonial e arsenical clássicas sem resultados. Houve boa tolerância medicamentosa, por parte dos doentes, ao novo antimonial empregado e os exames laboratoriais de contrôle não evidenciaram lesões cardíacas, renais, ou do sistema hematopoiético. Êstes resultados preliminares satisfatórios justificam a continuação do emprêgo da droga em um maior número de doentes.

*Resumo dos autores*

---

O PROGNÓSTICO DA ESCLERODERMIA LOCALIZADA (THE PROGNOSIS OF LOCALIZED SCLERODERMA). ARTHUR C. CURTIS e THOMAS G. JANSEN. *A.M.A. Arch. Dermat.*, 78:749(dez.),1958.

Mais de 75% de 106 pacientes, possuidores de esclerodermia localizada, foram observados durante período superior a 5 anos. A esclerodermia localizada ocorre de preferência, sob a forma de 3 tipos morfológicos específicos: morféia (60 casos), morféia em gota (13 casos) e esclerodermia linear (33 casos). É, ainda, desconhecida a etiologia dêste grupo de doenças. De modo geral, grande porcentagem destes doentes melhora espontâneamente; entretanto, a esclerodermia linear apresenta grande tendência para progredir. A esclerodermia linear ocorre, primàriamente, nas primeiras duas décadas, tal não se verificando nos casos de morféia verdadeira e de morféia em gota. Em todos os tipos, a mulher é mais atingida que o homem. É rara, em negros, a ocorrência de esclerodermia localizada. O prognóstico, com o uso de vários tipos de tratamento, na morféia e na morféia em gota, não é diferente daquele relativo aos casos que deixaram de receber tratamento. Na esclerodermia linear, certos procedimentos cirúrgicos são benéficos. A esclerodermia sistêmica generalizada, incluindo a acroesclerose é apontada como tendo acompanhado o início de qualquer tipo de esclerodermia localizada em 6 (5.7%) dos 106 pacientes observados nestas séries.

*Resumo dos autores*

---

PRURIDO ANAL E VULVAR (PRURITUS ANI ET VULVAE). EARL D. OSBORNE e HOWARD L. STOLL. *J.A.M.A.*, 169:124(10-jan.),1959.

O tratamento do prurido anogenital depende da determinação da causa que o provocou. Deve ser dada a maior atenção à pesquisa das causas possìvelmente irritantes, tais como o sabão, a leucorréia, a retenção de matéria fecal e as medicações locais. A dermatite de contacto, devida a hipersensibilidade es-

pecífica, constitui entidade distinta, devendo ser determinada a sua causa. Não deve ser desprezada a observação do emprêgo de óleo-resinas nos condimentos. As doenças dermatológicas específicas, da área anogenital, devem ser corretamente diagnosticadas, a fim de que o tratamento seja baseado no diagnóstico. Ao ginecologista e ao proctologista convém o intercâmbio mútuo com o dermatologista. O prurido anogenital, em muitos casos, pode ser, apenas, sintoma de condição médica interna. Distúrbios psíquicos e tensão emocional constituem, sempre, fatôres no prurido anogenital, porém não se lhes deve atribuir papel etiológico primário sem exame completo e sem tomar em consideração tôdas as outras causas possíveis.

*Resumo dos autores*

---

LINFORETICULOSE BENIGNA DE INOCULAÇÃO. Clóvis Bopp e Homero Jobim. *Rev. Ass. méd. Rio Grande do Sul*, 3:10(março),1959.

Baseando-se em caso relatado, os autores procedem à revisão dos quadros, etiológico e clínico, da chamada "cat scratch fever". Foram inoculados dois macacos, de espécie até então não investigada, — Alunata Fusca e Cebus Fatuelus. Os autores supõem que esta infecção deve ser mais freqüente do que tem sido relatada, chamando a atenção da classe médica para diagnóstico mais acurado.

*Resumo dos autores*

---

SARCOMA DE KAPOSI: NEOPLASMA DE ORIGEM RETICULAR (KAPOSI'S SARCOMA: A NEOPLASM OF RETICULAR ORIGIN). C. J. Uys e M. B. Bennett. *South African Journal of Labor. and Clin. Med.*, 5:39(mar.),1959.

A concepção de que o sarcoma de Kaposi deve ser considerado como neoplasma de origem reticular, em vez de angiossarcoma, é confirmada por achados de autópsia, em caso clìnicamente típico. No fígado, reproduzindo os quadros comuns do sarcoma de Kaposi, notavam-se áreas com as características da doença de Hodgkin e do linfossarcoma, havendo completa gradação na transição entre estas diferentes lesões.

*Resumo dos autores*

# Notícias

## Doenças venéreas

ATIVIDADES DO INSTITUTO DE DÉRMATO-VENEREOLOGIA EDUARDO RABELO

2.º TRIMESTRE DE 1959

DISPENSÁRIOS

| | *Abril* | *Maio* | *Junho* |
|---|---|---|---|
| Casos diagnosticados | 606 | 583 | 559 |
| Sífilis | 113 | 113 | 117 |
| Sífilis primária | 25 | 32 | 33 |
| Sífilis secundária | 19 | 16 | 15 |
| Outras formas | 69 | 65 | 69 |
| Gonorréia | 341 | 302 | 311 |
| Cancro venéreo | 119 | 132 | 90 |
| Linfogranuloma | 32 | 34 | 41 |
| Granuloma venéreo | 1 | 2 | — |
| Total de comparecimentos de doentes | 2.175 | 1.933 | 2 288 |
| Exames de 1.ª vez | 1.392 | 1.197 | 1 431 |
| Exames de laboratório realizados nos Dispensários | 1.904 | 1.619 | 1 821 |
| Injeções aplicadas | 1.618 | 1.654 | 1.749 |
| HOSPITAL EDUARDO RABELO (C.T.R.) | | | |
| Pacientes hospitalizados | 40 | 22 | 33 |
| Altas | 29 | 27 | 37 |
| Injeções aplicadas | 734 | 692 | 317 |
| LABORATÓRIO CENTRAL DE SOROLOGIA | | | |
| Reações sorológicas | 2 849 | 2 348 | 2.727 |

## COLÉGIO IBERO-LATINO-AMERICANO DE DERMATOLOGIA

Por ocasião do Congresso Ibero-Latino-Americano, recentemente realizado em Lisboa, o Prof. Luis Pierini (Argentina) foi eleito para presidir o Colégio Ibero-Latino-Americano de Dermatologia, durante o período 1959-1963. Para vice-presidentes, foram escolhidos o Prof. Hildebrando Portugal (Brasil), o Prof. F. Scanone (Venezuela) e o Prof. J. Orbaneja (Espanha). Foi indicado para representante do Colegio, no Brasil, o Dr. Antar Padilha Gonçalves.

Será em Buenos Aires a sede do próximo Congresso, a realizar-se em 1963.

Todos os assuntos referentes ao Colégio Ibero-Latino-Americano de Dermatologia, inclusive inscrições como sócios efetivos, devem ser tratados com o seu representante no Brasil, cujo endereço é Caixa postal 389, Rio de Janeiro.

## PROF. RAMOS E SILVA

Foi distingüido pelo Govêrno de França, com o título de Oficial da Legião de Honra, o Prof. J. Ramos e Silva, em razão do muito que êle tem feito pela aproximação dos dermatologistas franceses e brasileiros. Esta honraria pessoal não deixa de ser extensiva à Dermatologia do Brasil, já que o Prof. J. Ramos e Silva é reconhecidamente um dos seus mais lídimos representantes.

## PROF. CLOVIS BOPP

Em dias da 2.ª quinzena de junho do corrente ano foi realizado concurso, pela Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre, da Universidade do Rio Grande do Sul, para provimento da cátedra de Clínica Dermatológica e Sifilográfica.

De acôrdo com a indicação da Comissão Julgadora, constituída pelos Professôres Rabelo e Ramos e Silva, do Rio de Janeiro, Orsini, de Belo Horizonte, e Maciel e Louzada, daquela capital, para o cargo correspondente à cátedra aludida deverá ser nomeado o Dr. Clóvis Bopp, sócio efetivo da S.B.D.S., que, no concurso, apresentou tese intitulada "Cromoblastomicose".

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, de propriedade e órgão oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, são editados trimestralmente, constituindo, seus quatro números anuais, um volume.

Consta da matéria de sua publicação o Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, contendo o resumo das reuniões realizadas no Rio de Janeiro e nas seções estaduais, da Sociedade.

Sua assinatura anual importa em Cr$ 300,00, para o Brasil, e Cr$ 360,00, para o exterior, incluindo porte. O preço do número avulso é de Cr$ 90,00, na época, e de Cr$ 100,00, quando atrasado.

Tôda a correspondência concernente a publicações ou assinaturas, pagamentos, etc., deverá ser endereçada ao administrador geral, Sr. EDEGARD GOMES, por intermédio da caixa postal 389, Rio de Janeiro (telefones: 32-1347 e 42-6540).

Os trabalhos entregues para publicação passam à propriedade única dos ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, que se reservam o direito de julgá-los, aceitando-os ou não, e de sugerir modificações aos seus autores. Os que não forem aceitos serão devolvidos, voltando, conseqüentemente, à propriedade plena dos seus autores. Êsses trabalhos deverão ser dactilografados, em espaço duplo, trazendo no fim a assinatura e o endereço dos autores. As indicações bibliográficas serão anotadas no texto com um número correspondente ao da lista bibliográfica, que virá numerada por ordem de citação e em fôlha à parte, no final do trabalho. Nas indicações bibliográficas deverão ser adotadas as normas do "Quarterly Cummulative Index Medicus", isto é: sobrenome do autor, inicial do nome do autor, título do artigo, nome abreviado do periódico, volume do mesmo, página, mês (ou dia e mês se o periódico fôr semanal) e ano. A citação de livros será feita na seguinte ordem: autor, título, edição, local da publicação, editor, ano, volume e página. Os trabalhos deverão conter, sempre, um resumo da matéria.

As ilustrações que acompanharem os artigos não acarretarão ônus para os autores quando não ultrapassarem número razoável; as excedentes, bem como as que forem coloridas, correrão por conta dos autores, que serão consultados sôbre o assunto. As ilustrações deverão ser numeradas, por ordem, e marcadas no verso com o nome dos autores e o título do trabalho.



A abreviatura bibliográfica adotada para os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA é: *An. brasil. de dermat. e sif.*

---

## VOL. 34 (1959) — N.° 3 (setembro)

**TRABALHO ORIGINAIS:**

**absoluta em Cortisonoterapia !**

**para as desordens dermatológicas**

# Dermo-Cortison

**LOÇÃO**

**O QUE É:** DERMO-CORTISON LOÇÃO é uma suspensão emoliente de Hidrocortisona acetato (Kendall's) composto F a 0.5% em veículo hidrófilo com 0.25% de petroleína líquida.

**EFEITOS COLATERAIS:** Nenhum!

**INDICAÇÕES:**

- Dermatites (atópicas, eczematosas e de contato)
- Dermatites das mãos
- Neurodermatites
- Líquen simples crônico
- Eczemas (atópicas, desidróticas estásicas)
- Sicose numular ou disforme
- Eczema infantil
- Prurido ano-genital

SUPRE MAIS...

# Dermo-Cortison

**(POMADA DÉRMICA)**

**Q**

**Hydrocortisona + Neomicina**

LABORATÓRIOS QUIMIOFARMA SOC. LTDA.

**Estabelecimento Científico Industrial de Produtos Farmacêuticos**

**Avenida Brigadeiro Luiz Antônio, 1858 — São Paulo — Brasil**

Batista de Souza & Cia. Editôres — Rua do Livramento n.º 103 — Rio